

201119028A

厚生労働科学研究費補助金  
がん臨床研究事業

がん対策に資するがん患者の  
療養生活の質の評価方法の確立に関する研究

平成23年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 宮下 光令

平成24(2012)年3月

## 目次

I. 総括研究報告	
がん対策に資する	
がん患者の療養生活の質の評価方法の確立に関する研究	1
宮下光令	
II. 分担研究報告	
1. 受療行動調査を利用したがん患者の療養生活の質を評価する方法	9
の妥当性・信頼性の検討	
加藤雅志	
2. 治療期における療養生活の質の評価方法に関する研究	11
森田達也	
3. 術後5年を経過した非小細胞肺癌患者のQOLに関する研究	17
藤澤大介	
4. 疼痛の評価指標に関する研究	21
的場 元弘	
5. 緩和ケアの構造・プロセス、アウトカム評価における	
代理評価の信頼性の検証に関する研究	24
中保利通	
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	27

# I . 総括研究報告

厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）

総括研究報告書

がん患者の療養生活の質の評価方法の確立に関する研究

研究代表者 宮下光令

東北大学大学院医学系研究科 保健学専攻 緩和ケア看護学分野

研究要旨

本研究班の目的は「がん対策推進基本計画」で定められた全体目標の一つである「すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上」の達成状況の把握に資するよう、がん患者の療養生活の質の評価方法を確立し、全国調査並びに分析を行うことである。1. 受療行動調査等を用いたがん患者のQOL測定についての検討では、受療行動調査にがん患者のQOLを測定するための項目を追加し、受療行動調査と患者調査のデータリンケージによりがん患者の療養生活の質を評価する方法を確立した。平成23年度に実施された受療行動調査について実施状況の確認と、受療行動調査の調査項目の信頼性・妥当性を検討するための調査を外来患者にて実施した。2. 治療期における療養生活の質の評価方法に関する研究では外来化学療法を受けるがん患者の症状頻度およびニードに関して改定した自己記入式質問票（生活のしやすさ質問票 第3版）を用いて、身体症状・気持ちのつらさの頻度を明らかにするとともに、多施設での本質問票の実施可能性を検討し評価方法の実施手順書を作成した。3. がんの長期生存者のQOLの評価に関する研究では術後5年を経過した非小細胞肺癌患者のQOLを評価した。術後5年を経過した非小細胞肺癌患者の大うつ病の有病率は、一般市民の12か月期間有病率と同等であり、QOLにおいても健常成人、乳がんの長期生存者と同程度であると考えられた。4. 疼痛の評価指標に関する研究はPain Management Index (PMI)を地域がん診療連携拠点病院1施設の全ての入院がん患者を対象として電子カルテ内問診票を用いて調査した。結果はPMI値が負値をとったのは11例（PMI=-1、8例；PMI=-2、3例）有痛患者90例中12.2%であった。5. 緩和ケアの構造・プロセス、アウトカム評価における代理評価の信頼性の検証に関する研究は、がん患者・家族のデータ収集を終了した（69例）。遺族調査は現在データ収集中であり、平成24年度に全てのデータの分析を行う予定である。

研究者氏名および所属施設

研究分担者氏名 所属施設名および職名

宮下光令 東北大学大学院医学系研究科  
保健学専攻  
緩和ケア看護学分野 教授

加藤雅志 国立がん研究センター  
がん対策情報センター  
がん医療支援研究部 部長

森田達也 聖隷三方原病院  
緩和支援治療科 部長

藤澤大介 国立がん研究センター東病院  
緩和医療科・精神腫瘍科 医長

的場元弘 国立がん研究センター中央病院  
緩和医療科・精神腫瘍科 科長  
中保利通 東北大学大学院医学系研究科  
外科病態学講座  
緩和医療学分野 特命教授

A. 研究目的

がん対策基本推進計画ではすべてのがん患者の苦痛軽減と療養生活の質の向上が求められている。目的の達成には評価が必須であるが、わが国ではがん患者の療養生活の

質を評価するシステムは未構築である。したがって、本研究班の目的は「がん対策推進基本計画」で定められた全体目標の一つである「すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上」の達成状況の把握に資するよう、がん患者の療養生活の質の評価方法を確立し、全国調査並びに分析を行うことである。

本年度は以下の5つの課題について検討した。

#### 1. 受療行動調査等を用いたがん患者のQOL測定についての検討

受療行動調査にがん患者のQOLを測定するための項目を追加し、平成23年度に実施された受療行動調査について実施状況の確認と受療行動調査の調査項目の信頼性・妥当性を検討するための外来調査を実施した。

#### 2. 治療期における療養生活の質の評価方法に関する研究

外来化学療法を受けるがん患者の症状頻度およびニードに関して改定した自己記入式質問票（生活のしやすさ質問票 第3版）を用いて、身体症状・気持ちのつらさの頻度を明らかにすることである。実施可能性を検討するとともに、評価方法の実施手順書を作成した。

#### 3. がんの長期生存者のQOLの評価に関する研究

術後5年を経過した非小細胞肺癌患者のQOLを評価しQOL-Cancer Survivor (CS)、SF-36 などにより評価し、一般市民などの対象と差異があるか検討した。

#### 4. 疼痛の評価指標に関する研究

Pain Management Index (PMI) を地域がん診療連携拠点病院1施設の全ての入院がん患者を対象として電子カルテ内問診票を用いて調査した。

#### 5. 緩和ケアの構造・プロセス、アウトカム評価における代理評価の信頼性の検証に関する研究

終末期がん患者のQOL尺度であるGDIおよび緩和ケアの構造・プロセスの評価尺度であるCESについて、患者-家族間および患

者-遺族間での評価者間信頼性を検証する。

## B. 研究方法

### 1. 受療行動調査等を用いたがん患者のQOL測定の可能性についての検討

厚生労働省統計情報部との協議により、平成23年度受療行動調査にがん患者のQOLを測定する項目として、「からだの苦痛がある」「痛みがある」「気持ちがつらい」「歩くのが大変だ」「身の回りのことをするのに介助が必要だ」及び自覚的健康度の6項目を追加した。これらと、既存の項目である、受けている医療に対する満足度や医師からの説明についての理解度などによって、がん患者の療養生活の質を受療行動調査と患者調査のデータリンケージによって測定する方法を確立した。

受療行動調査の実施状況の確認に関しては東京都内の大病院に電話連絡により、平成23年度受療行動調査実施施設に該当するか否かを確認し、該当施設に対し、受療行動調査実施日の現地見学の依頼を行った。了承した3施設に対し10月の受療行動調査当日に当該施設にて実施状況調査を行った。続いて、現地見学を行った3施設以外で、平成23年度受療行動調査実施施設であることが確認できた8施設へ受療行動調査実施状況についてのアンケートを送付した。

受療行動調査の項目の信頼性・妥当性の検討に関しては国立がん研究センター東病院外来通院中の患者を対象とした自記式質問紙調査を実施した。本調査は、調査期間に外来窓口で再診手続きを行った患者に対し手渡しにて調査票を配布し、文書による同意取得後、調査票記入を依頼した。再調査への同意のあった患者に対しては、2週間後に再調査票を郵送し回答を得た。調査項目は、療養生活についての質問票（心身に関する5項目、自覚的健康度1項目、受けている医療に対する満足度9項目、医師からの説明に対する理解度1項目）、The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT) Measurement system の the Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G) ver. 4.0 日本語版、昨年度本研究班で作成した Cancer Care Evaluation Scale 患者短縮版 (CCES)、人口

統計的背景、治療歴とした。

(倫理的配慮)

受療行動調査の項目の妥当性・信頼性検討は、疫学研究の倫理指針に基づき計画し、国立がん研究センター東病院倫理審査委員会の承認を得て実施した。

## 2. 治療期における療養生活の質の評価方法に関する研究

平成 21 年 6 月から平成 22 年 3 月までの期間に、聖隷三方原病院において外来化学療法を新規に開始された全てのがん患者を連続的に対象とし、自己記入式質問票を記入するよう依頼した。同期間に記入された質問票を回収し、後ろ向きに解析を行った。

疼痛・しびれ・眠気・倦怠感・呼吸困難・食欲・嘔気の各身体症状の強さは、MDASI-J に基づいた 0-10 のスケールで評価を行い、4-6 を中等度、7-10 を重度とした。嘔吐・口腔内症状は CTCAEv3.0 に基づいた 0-3 の 4 段階スケールで評価を行い、2 を中等度、3 を重度とした。気持ちのつらさはつらさの寒暖計で評価を行い、5 以上を「つらさあり」とした。

複数施設での本質問票の実施可能性の検討として手順書を作成し、複数施設での実施が可能かをフォーカスグループで検討した。

(倫理面への配慮)

本研究は、通常診療の一環として収集された質問票の解析であり、本研究は参加者の匿名性に配慮して行われた。また、参加に関しては参加者の自由意思に基づいて行われた。また、発表に関して聖隷三方原病院の倫理委員会による承認を受けている。

## 3. がんの長期生存者の QOL の評価に関する研究

国立がん研究センター東病院に受診した非小細胞肺癌患者のうち術後 1 カ月、3 か月後に心理的ストレスに関する調査研究に参加した者を対象に、術後 5 年後に再びリクルートを行い、同意が得られた者を対象に、インタビュー調査が行われた。調査参加者は、インタビューにおいてソーシャルサポート、DSM III-R、DSM IV-TR を用いて気分障害が評価された。また、自己記入

式質問票を用いて、ストレス重症度を Profile of Mood States (POMS) と Impact of Event Scale-revised (IES-R) から、QOL を QOL-Cancer Survivor (CS)、SF-36 から評価された。QOL-CS は長期生存がん患者の QOL を評価するために米国で Ferrell らによって開発された身体的健康、心理的健康、社会的健康、スピリチュアル的健康の 4 因子、41 項目からなる自己記入式質問票である。さらに、がんに対する心理的態度が Mental Adjustment to Cancer (MAC) scale から、絶望感が Beck Hopelessness Inventory (BHI) から評価された。また、カルテおよび面接により、医学的・心理社会的な患者背景情報が得られた。

QOL-CS に関しては、日本語版作成にあたり、開発者の許可を得たうえで、開発者とともに Back Translation を行い、日本語訳を作成した。

(倫理面への配慮)

本研究に先立ち、国立がん研究センターの倫理審査委員会にて承認を得た。また、本研究の対象者には、研究者が事前に書面を用いて、口頭で十分な説明を行い、同意書への署名をもって、本研究参加の同意を得た。

## 4. 疼痛の評価指標に関する研究

PMI を 1 か所の地域がん診療連携拠点病院の全ての入院患者に対して調査した。調査は NEC 社製の電子カルテ内にオリジナルで作成した選択式問診票 (テンプレート) を用いて、横断調査として実施した。

2011 年 10 月より PMI 測定が可能な電子カルテ問診票 (選択式、自動展開・計算テンプレート: Pain Survey Template in electronic chart:以下 PASTE) をオリジナルなものとして作成し、調査後も、毎月現在に至るまで日常臨床の一環として使用している

調査対象がん患者はがん現病歴を各病棟調査者が、担当ナースに確認でき、調査日 (2011 年 12 月 1 日) の朝 9 時の時点で入院していた成人がん患者とした。有痛者は担当看護師による判断を調査者が集計し、がん自体・治療由来・疾患進行のいずれかであれば対象としたが、明らかな併存疾患は除外した。疼痛の程度は日本語版 Brief

Pain Inventory に準じて「調査時点より過去 24 時間以内での最も強い痛み強度(11 段階整数スケール、0：なし～10：想像できる最悪の疼痛)」とした。

調査結果からの PMI の算出方法については、痛みのカットオフ値(軽度、中等度、重度)が 3 つあり、処方定義(処方のみ、服用確認)も複数あるが、2007 年に国立がんセンター東病院外来において行われた奥山らの方法(Okuyama, JJCO, 2007)を採用し、1. 定期鎮痛薬あり、2. 頓服の鎮痛薬を調査時点より 24 時間以内に使用した、のいずれかを満たすものと定義した。

以上の方法で得たデータから、スコアリングした疼痛と処方スコア(共に 0～3)を算出して、処方スコアより疼痛スコアを引いて PMI 値算出した(-3～+3)。

有痛症例のうち、負の値をとった症例割合を %Negative PMI とした。

(倫理面への配慮)

後ろ向き調査として、個人特定ができないデザインで、疫学研究に関する倫理指針に準拠して行った。使用したデータは、施設内倫理審査委員会の承認を得て収集したものである。

## 5. 緩和ケアの構造・プロセス、アウトカム評価における代理評価の信頼性の検証に関する研究

調査対象は東北大学病院緩和ケアセンターに入院した患者・家族(および死亡後の遺族)である。調査は平成 22 年度末より開始された。震災時に一時中断したが、平成 23 年度に継続して実施した。

患者調査は施設とは独立した調査員によるインタビュー調査により行った。調査施設の担当者が対象患者を抽出し、緩和ケア病棟入院後 1～2 週間後に、調査員が病室に訪室してインタビューを実施する。初回調査後、4 週間ごとに追加調査を実施した。

家族調査は自記式質問紙を用いたアンケート調査によって行った。調査施設の担当者が対象家族を抽出し、患者調査の実施と同時期に対象家族に調査票を手渡し、事務局宛に返送または回収箱を用いて回収した。

遺族調査は自記式質問紙を用いたアンケート調査によって行った。調査施設の担当者が対象遺族を抽出し、患者の死亡 6～9 月

後に調査票を郵送して事務局宛に返送して回収した。送付から 1 ヶ月後に督促を行った。

主な調査項目は終末期がん患者の QOL 評価尺度である Good Death Inventory (GDI) と緩和ケアの構造・プロセスの評価尺度である Care Evaluation Scale (CES) である。

(倫理面への配慮)

本研究は、疫学研究の倫理指針に従い研究計画を策定し、東北大学大学院医学系研究科の倫理委員会の承認後に実施した。

## C. 研究結果

### 1. 受療行動調査等を用いたがん患者の QOL 測定についての検討

受療行動調査の実施施設では、厚生労働省及び管轄保健所の指示に従い、病院事務部が中心となり、計画的に調査が実施されていた。

現地調査を行った 3 施設において、外来調査では、事務職が調査員となり、主に再診自動受付機の前、初診受付窓口にて、連続サンプリングにて調査票の配布していた。回収箱及び調査員への手渡しにて調査票の回収を行っていた。入院調査では、入院患者への調査票配布・回収は師長が中心となり実施していた。配布対象者は、自己記入可能または家族による補助にて回答が可能な患者について、病棟スタッフの話し合いにて適格除外を決定していた。

実施後のアンケート調査には、4 施設からの回答を得た。すべての施設にて、外来調査では事務職が調査員として、正面玄関または再診自動受付機前にて調査票の配布をし、回収箱及び調査員への手渡しによる回収を行っていた。入院調査では、調査票の配布回収は、看護師長または看護師であった施設が 3 施設、事務職が実施していた施設が 1 施設であった。

配布率は、外来調査では 30%～60%程度、入院調査は 20%～65%程度と施設によりばらつきがあった。

受療行動の調査項目の妥当性・信頼性の検討では平成 24 年 2 月 28 日～3 月 16 日に国立がん研究センター東病院外来窓口にて実施した。本調査協力同意取得数 332 人、本調査有効回答数 324 人(98%)、再調査

同意取得数 265 人、再調査有効回答数 192 人 (72%) であった。

調査結果は現在解析中である。

## 2. 治療期における療養生活の質の評価方法に関する研究

中等度以上の頻度が高い症状としては、疼痛 (17.4%)、倦怠感 (15.5%) であった。気持ちのつらさが「あり」と判断されたのは 15.6% であった。その他の症状の頻度は、しびれ 8.9%、眠気 9.2%、呼吸困難 7.2%、食欲 9.0%、嘔気 3.7%、嘔吐 1.4%、口腔内症状 4.6% であった。

疼痛は若年者、男性、消化器がんで有意に多く、呼吸困難は肺がんで有意に多かった。また、しびれは消化器がん・乳がんで有意に多かった。

複数施設での実施可能性の検討では手順書を作成し、複数施設での実施可能性を検討した。外来で看護師配置が十分でない施設が多いため、実施にあたって問題点や課題を来年度抽出する。

## 3. がんの長期生存者の QOL の評価に関する研究

171 名の研究対象者のうち、39 名が研究参加を拒否し、11 名はコンタクトできなかった。研究参加に同意した 121 名のうち、1 名がその後研究参加を拒否し、7 名が調査を完遂しなかった。したがって、113 名 (参加率: 70.2%) が分析対象となった。

参加者背景は、年齢: 67±10 (39-89) 歳、男性: 67 名 (59.0%)、女性: 46 名 (41.0%)、病理病期 IA 期: 69 名 (61.1%)、IB 期: 24 名 (21.2%)、IIA 期: 4 名 (3.5%)、IIB 期: 11 名 (9.7%)、IIIA 期: 4 名 (3.5%)、IIIB 期: 1 名 (0.9%)、Performance status 0: 85 名 (75.2%)、1 or 2: 28 名 (24.8%)、痛み有り: 62 名 (54.9%)、無し: 51 名 (45.1%)、倦怠感有り: 62 名 (54.9%)、無し: 50 名 (44.3%) であった。

参加者のうち、大うつ病は 2 名 (1.7%)、小うつ病は 0 名 (0%) であった。POMS 得点は、TMD: 20.9±24.3 であった。MAC 得点は、Fighting spirit : 50.0 ± 24.3、Helplessness/hopelessness : 8.7 ± 2.8、Anxious preoccupation : 20.7 ± 4.8、Fantasy : 21.1 ± 4.8、Avoidance : 2.0 ± 1.1

であった。QOL-CS-Total : 6.9、SF36 各因子の偏差 : 52.1-53.9 であった。

## 4. 疼痛の評価指標に関する研究

調査の母集団は、がん患者 143 症例。年齢は 67.9 ± 13.0 (21~89) 歳、女性 73.2%。ECOG-PS 4 42.0%、Stage 4 52.4%。原発は、消化器 25.2%、呼吸器 24.5%、泌尿生殖器 12.6% の順であった。PMI 値が負値をとったのは、11 例 (12%) であった。Negative PMI の患者の背景は骨転移痛のある症例が約半数 (45.5%) を占めた。また、大部分が進行転移がん症例、4 期 (81.8%) であり、最悪痛が ADL 障害を起こすとされる NRS5 以上の症例が 52.4% と半数以上を占めていた。

## 5. 緩和ケアの構造・プロセス、アウトカム評価における代理評価の信頼性の検証に関する研究

患者・家族による代理評価の評価者間信頼性を検証するためのデータは当初の計画通りデータ集積を終えた (69 例)。遺族に対する調査は死亡後半年以降に実施するためデータ収集は平成 24 年 9 月に終了する予定である。データ収集が終了次第、結果の解析を行う。

## D. 考察

### 1. 受療行動調査等を用いたがん患者の QOL 測定の可能性についての検討

実施施設により、調査方法に多少の違いがあるものの、厚生労働省のマニュアルに準じ、計画的に調査が実施されており、信頼性のある調査であると考えられる。特に外来調査では、連続サンプリングにて可能な限り多くの患者に配布し回答が得られるようできるよう施設ごとに配布場所や人員配置、回収箱の設置場所の工夫をしていた。入院調査については、現地見学は 1 施設のみであったが、その他の施設においても、事務部と看護部の連携により、確実に調査が実施されていると考えられる。

受療行動調査の項目の妥当性・信頼性検討では今年度は外来調査のみ実施した。調査結果は今後解析予定である。

この調査において、回答の欠損や回答時



の問い合わせの多くは、FACT-G、CCES、治療歴の質問項目についてであり、療養生活についての質問票に関する欠損や問い合わせが少なかったことから、療養生活についての質問票の簡便さが示唆された。

平成 24 年度に入院患者における受療行動調査項目妥当性・信頼性検討を実施する予定である。

## 2. 治療期における療養生活の質の評価方法に関する研究

外来化学療法患者の頻度の高い症状は、疼痛・倦怠感・気持ちのつらさであった。この 3 つの症状は同様の患者群を対象とした先行研究においても頻度が高いと報告されており、外来化学療法患者を担当する医療チームはこの 3 つの症状に対する評価と対応を行っていくことが特に重要な役割であると考えられる。

多施設での実施可能性については、外来での看護師配置が実施可能性を決定すると考えられる。

## 3. がんの長期生存者の QOL の評価に関する研究

非小細胞肺癌患者のうち術後 1 カ月、3 か月後に心理的ストレスに関する調査研究に参加し、術後 5 年経過した者を対象とし、QOL に関するインタビュー調査、および自己記入式質問紙調査へのリクルートを行い、対象者 171 名中 113 名が本研究に参加し、調査を完遂した。参加率は 70.2%と高かった。

術後 5 年を経過した非小細胞肺癌患者の大うつ病の有病率は 1.7%であり、一般人口の 12 か月期間有病率 2.2% (川上、2002)と同程度であると考えられる。また、POMS 得点は、一般人口を対象とした調査と同程度であると考えられる。

MAC の得点は、がん患者を対象とした先行研究と比して、同程度であると考えられる。

QOL においても、健常成人、乳がんの長期生存者 (例えば、Melissa et al., 2009)と同程度であると考えられる。

今後、経時変化、および関連要因の検討を行う。

## 4. 疼痛の評価指標に関する研究

今回の予備的 PMI 調査により、国内で初めて施設全体の横断成績を算出することができ、その後も毎月の報告として連続測定が可能になっていることから多施設での同様の方法による調査の実行可能性が示唆された。

我々のこの研究の強みは、第一に、国内で圧倒的多数の有痛患者が存在すると思われる、地域の急性期病院かつ症例数が多い拠点病院で、母集団と調査対象の定義を決めて行ったことである。過去の国内のがん疼痛治療成績は 2 つのみで、共に診断、積極的・先進的治療を受けている患者を対象としたがん専門病院である特殊性があった。また、電子カルテに調査票を組み込み日常 Audit 研究を自動化して容易にしたため、継続 (2011 年 4 月現在まで、毎月の月報として院内報告を継続できていることがある。これは施設の在院期間が短縮化している急性期病院での、横断調査再現性・信頼性を担保できる可能性があり、厳密には必要だが実施が難しいとされる前向き施設コホート研究を代替できる可能性がある。

本研究では医療提供者が聞き取る NRS を採用したため面接によるバイアスが避けられない。今回の我々の成績は過去の国内外報告より、低い Negative PIM 症例割合であった可能性がある。今後は実際に多施設での検討が必要と考えられる。

## 5. 緩和ケアの構造・プロセス、アウトカム評価における代理評価の信頼性の検証に関する研究

データ収集は順調に実施され、患者・家族に対しては十分な検出力を持つ症例数が集積された。遺族に対するデータ収集が終了次第、結果の解析を行う。

## E. 結論

### 1. 受療行動調査等を用いたがん患者の QOL 測定の可能性についての検討

受療行動調査は、各施設ごとに計画的に実施されている信頼性のある調査であると考えられる。受療行動調査を利用してがん患者の療養生活の質を評価する方法は代表

性が高く調査方法も妥当であると考えられた。

本年度は受療行動調査におけるがん患者の療養生活の質を評価しうる項目の外来調査における妥当性・信頼性のみ調査した。平成 24 年度に入院調査による信頼性・妥当性を調査し、2 つの調査を解析することにより、調査項目の信頼性・妥当性が確立すると考えられる。

## 2. 治療期における療養生活の質の評価方法に関する研究

外来化学療法患者が抱える主要な症状は疼痛・倦怠感・気持ちのつらさである。複数施設での実施可能性を検討し、手順や課題を明確にする。

## 3. がんの長期生存者の QOL の評価に関する研究

術後 5 年を経過した非小細胞肺癌患者では大うつ病の有病率、POMS 得点、QOL 得点は一般人口を対象とした調査と同程度であると考えられた。今後、さらに分析を進め、術後 5 年を経過した非小細胞肺癌患者の QOL の経時変化とその関連要因を検討する。

## 4. 疼痛の評価指標に関する研究

単施設において PMI を電子カルテにより調査し、Negative PMI の割合は 12%であった。今後は多施設による実施可能性の検討が必要である。

## 5. 緩和ケアの構造・プロセス、アウトカム評価における代理評価の信頼性の検証に関する研究

患者・家族による代理評価の評価者間信頼性を検証するためのデータは当初の計画通りデータ集積を終え (69 例)。遺族データ収集が終了次第、結果の解析を行う。

## F. 健康危険情報

特記すべき情報は得られなかった

## G. 研究発表

論文発表

1. Shin DW, Miyashita M, et al. Measuring comprehensive outcome of palliative care: Validation of the Korean version of Good Death Inventory (GDI) . J Pain Symptom Manage. 2011; 42(4): 632-42.
2. Yoshida S, Morita T, Miyashita M, et al. Experience with prognostic disclosure of families of Japanese patients with cancer. J Pain Symptom Manage 41(3): 594-603, 2011.
3. Hirai K, Matoba M, Miyashita M, Morita T, et al. Public awareness, knowledge of availability, and readiness for cancer palliative care services: A population-based survey across four regions in Japan. J Palliat Med 14(8): 918-922, 2011.
4. Ando M, Morita T, Miyashita M, et al. Factors that influence the efficacy of bereavement life review therapy for spiritual well-being: a qualitative analysis. Support Care Cancer 19(2): 309-314, 2011.
5. Akiyama M, Morita T, Miyashita M, Matoba M, et al. Knowledge, beliefs, and concerns about opioids, palliative care, and homecare of advanced cancer patients: a nationwide survey in Japan. Support Care Cancer. 2011 Jun 10. [Epub ahead of print]
6. Igarashi A, Miyashita M, Morita T, et al. A scale for measuring feelings of support and security regarding cancer care in a region of Japan: A potential new endpoint of cancer care. J Pain Symptom Manage. 2011 Sep 23. [Epub ahead of print]
7. Ito M, Fujisawa D, Miyashita M, et al. Brief measure for screening complicated grief: Reliability and discriminant validity. PLoS One 7: e31209, 2011
8. Morita T, Miyashita M, et al. A region-based palliative care intervention trial using the mixed-method approach: Japan OPTIM study. BMC Palliat Care. 2012;11(1):2.
9. Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, et

- al. Providing palliative care: the views and exposure of community general practitioners and district nurses in Japan. J Pain Symptom Manage. 2012; 43(1): 59-67.
10. 杉浦宗敏, 宮下光令, 森田達也, 的場元弘, 他. がん診療連携拠点病院における緩和ケア提供に関する薬剤業務等の全国調査. 日本緩和医療薬学雑誌 4(1): 23-30, 2011.
  11. 古村和恵, 宮下光令, 的場元弘, 森田達也, 他. 進行がん患者と遺族のがん治療と緩和ケアに対する要望—821名の自由記述からの示唆. Palliat Care Res 6(2): 237-245, 2011.
- 16回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7, 札幌
8. 市原香織, 宮下光令, 森田達也, 他. 緩和ケア病棟看護師による Liverpool Care Pathway 日本語版の有用性評価: 緩和ケア病棟 2 施設におけるパイロットスタディからの検討. 第16回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7, 札幌
  9. 伊藤正哉, 中島聡美, 藤澤大介, 宮下光令, 金吉晴. 日本版複雑性悲嘆スクリーニング尺度の信頼性と妥当性: 一般成人を対象とした検討. 日本トラウマティック・ストレス学会第10回大会(大宮) 2011.4

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

##### 学会発表

1. 宮下光令, 森田達也, 他. 緩和ケア病棟の遺族の「医療用麻薬」「緩和ケア」「緩和ケア病棟」に対する認識の関連要因: J-HOPE study. 第16回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7, 札幌
  2. 宮下光令, 森田達也, 他. J-HOPE study における遺族による緩和ケアの質評価とそれに関連する施設要因. 第16回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7, 札幌
  3. 宮下光令, 他. がん診療連携拠点病院の緩和ケア機能の充足度: 平成19-21年度医療水準調査の結果. 第16回日本緩和医療学会学術大会, 2011.7, 札幌.
  4. 宮下光令, 他. 一般病棟通院中, 外来化学療法室通院中, 入院中の患者に対する緩和ケアの質の評価. 第16回日本緩和医療学会学術大会, 2011.7, 札幌.
  5. 新城拓也, 森田達也, 宮下光令, 他. 主治医による死亡確認や臨終の立ち会いが, 家族の心理に及ぼす影響についての調査研究. 第16回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7, 札幌
  6. 佐藤一樹, 宮下光令, 森田達也, 他. 緩和ケア病棟で提供された終末期鎮静の関連要因と遺族による緩和ケアの質評価への影響. 第16回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7, 札幌
  7. 宮下光令, 森田達也, 他. 緩和ケア病棟の遺族による質の評価は死亡後の経過期間の影響を受けるか? J-HOPE study. 第
1. 特許取得  
なし
  2. 実用新案登録  
なし
  3. その他  
特記すべきことなし

## II. 分担研究報告

受療行動調査を利用したがん患者の療養生活の質を評価する方法の妥当性・信頼性の検討

研究分担者 加藤雅志 国立がん研究センター がん対策情報センター

**研究要旨**

本研究班では、受療行動調査を利用してがん患者の療養生活の質の評価する方法の確立を主研究としている。その方法の妥当性検討の一環として、23 年度 10 月の受療行動調査実施施設にて実施状況の現地調査及びアンケート調査を実施した。調査により、受療行動調査が各施設ごとに計画的に実施されており、統計資料として妥当性のある調査であるという示唆が得られた。続いて、受療行動調査におけるがん患者の療養生活の質を評価しうる質問項目について、妥当性・信頼性を検討することを目的に、国立がん研究センター東病院に外来通院中の患者 332 人を対象に質問紙調査を行い、328 人より回答を得た。2 週間後に同患者 265 人に対し再調査を行い、212 人より回答を得た。

**A. 研究目的**

1. 23 年度受療行動調査実施の現地調査  
及びアンケート調査

受療行動調査をがん患者の療養生活の質の評価に利用することの信頼性を検討するために、受療行動調査の実施状況について、23 年度受療行動調査実施施設における現地調査及びアンケート調査を実施する。

2. 受療行動調査項目妥当性・信頼性検討  
：外来調査

受療行動調査におけるがん患者の療養生活の質を評価しうる項目（以下療養生活についての質問票）が、真にがん患者の療養生活の質を評価し、今後のがん医療政策へと反映させていくために適切な項目であるかを検討することを目的に、がん患者への質問紙調査を実施する。

**B. 研究方法**

1. 23 年度受療行動調査実施の現地調査  
及びアンケート調査

東京都内の大病院に電話連絡により、23 年度受療行動調査実施施設に該当するか否かを確認し、該当施設に対し、受療行動調査実施日の現地見学の依頼を行った。了承した 3 施設に対し 10 月の受療行動調査当日に当該施設にて実施状況調査を行った。続いて、現地見学を行った 3 施設以外で、23 年度受療行動調査実施施設であることが確認できた 8 施設へ受療行動調査実施状況についてのアンケートを送付した。調査内容

は、調査票配布状況、実施日当日の外来患者数及び入院患者数、調査員の職種や配置人員、調査票配布及び回収法である。その他、実施時に参加者より出た疑問・質問、受療行動調査実施に関する意見・感想を自由記述により収集した。

2. 受療行動調査項目妥当性・信頼性検討  
：外来調査

国立がん研究センター東病院外来通院中の患者を対象とした、自記式質問紙調査を実施した。本調査は、調査期間に外来窓口で再診手続きを行った患者に対し手渡しにて調査票を配布し、文書による同意取得後、調査票記入を依頼した。再調査への同意のあった患者に対しては、2 週間後に再調査票を郵送し回答を得た。調査項目は、療養生活についての質問票（心身に関する 5 項目、自覚的健康度 1 項目、受けている医療に対する満足度 9 項目、医師からの説明に対する理解度 1 項目）、The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT) Measurement system の the Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G) ver. 4.0 日本語版、Cancer Care Evaluation Scale 患者短縮版 (CCES)、人口統計的背景、治療歴とした。

**(倫理面への配慮)**

受療行動調査項目妥当性・信頼性検討：外来調査は、疫学研究の倫理指針に基づき計画し、国立がん研究センター東病院倫理審査委員会の承認を得て実施した。

## C. 研究結果

### 1. 23年度受療行動調査実施の現地調査及びアンケート調査

受療行動調査実施施設では、厚生労働省及び管轄保健所の指示に従い、病院事務部が中心となり、計画的に調査が実施されていた。

現地調査を行った3施設において、外来調査では、事務職が調査員となり、主に再診自動受付機の前、初診受付窓口にて、連続サンプリングにて調査票の配布していた。回収箱及び調査員への手渡しにて調査票の回収を行っていた。入院調査では、入院患者への調査票配布・回収は師長が中心となり実施していた。配布対象者は、自己記入可能または家族による補助にて回答が可能な患者について、病棟スタッフの話し合いにて適格除外を決定していた。

実施後のアンケート調査には、4施設からの回答を得た。すべての施設にて、外来調査では事務職が調査員として、正面玄関または再診自動受付機前にて調査票の配布をし、回収箱及び調査員への手渡しによる回収を行っていた。入院調査では、調査票の配布回収は、看護師長または看護師であった施設が3施設、事務職が実施していた施設が1施設であった。

配布率は、外来調査では30%~60%程度、入院調査は20%~65%程度と施設によりばらつきがあった。

### 2. 受療行動調査項目妥当性・信頼性検討：外来調査

2月28日~3月16日に国立がん研究センター東病院外来窓口にて実施した。本調査協力同意取得数332人、本調査有効回答数324人(98%)、再調査同意取得数265人、再調査有効回答数192人(72%)であった。調査結果は現在解析中である。

## D. 考察

### 1. 23年度受療行動調査実施の現地調査及びアンケート調査

実施施設により、調査方法に多少の違いがあるものの、厚生労働省のマニュアルに準じ、計画的に調査が実施されており、信頼性のある調査であると考えられる。特に外来調査では、連続サンプリングにて可能

な限り多くの患者に配布し回答が得られるようできるよう施設ごとに配布場所や人員配置、回収箱の設置場所の工夫をしていた。入院調査については、現地見学は1施設のみであったが、その他の施設においても、事務部と看護部の連携により、確実に調査が実施されていると考えられる。

### 2. 受療行動調査項目妥当性・信頼性検討：外来調査

調査結果は今後解析予定である。

この調査において、回答の欠損や回答時の問い合わせの多くは、FACT-G、CCES、治療歴の質問項目についてであり、療養生活についての質問票に関する欠損や問い合わせが少なかったことから、療養生活についての質問票の簡便さが示唆された。

入院患者における受療行動調査項目妥当性・信頼性検討は24年度に実施する。

## E. 結論

受療行動調査は、実施各施設ごとに計画的に実施されている信頼性のある調査であると考えられる。今後、受療行動調査におけるがん患者の療養生活の質を評価しうる項目の妥当性・信頼性を検討することにより、受療行動調査を利用してがん患者の療養生活の質を評価する方法の確立を目指していく必要がある。

## F. 健康危険情報

特記すべき情報は得られなかった

## G. 研究発表

論文発表

なし

学会発表

なし

## H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

特記すべきことなし

厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）  
分担研究報告書

治療期における療養生活の質の評価方法に関する研究

研究分担者 森田達也 聖隷三方原病院 緩和支援治療科  
研究協力者 山口 崇 手稲溪仁会病院 総合内科/感染症科・緩和ケアチーム

**研究要旨**

近年、外来化学療法を受ける患者が増加し、身体的・精神的のみならず様々なニーズの存在が指摘されている。平成21年6月から平成22年3月までの期間に、聖隷三方原病院において外来化学療法を受けたがん患者464例に対して改定した自己記入式質問票（生活のしやすさ質問票 第3版）の記入を依頼し、身体症状・気持ちのつらさの頻度を調査した。455例からのべ2854件を回収した。頻度の多い症状は、疼痛 17.4%・倦怠感 15.5%・気持ちのつらさ 15.6%であった。1施設での実施可能性が示唆されたため、このプログラムの実施方法について手順書を作成し、複数施設での実施可能性を検討した。

**A. 研究目的**

本研究の目的は、外来化学療法を受けるがん患者の症状頻度およびニーズに関して改定した自己記入式質問票（生活のしやすさ質問票 第3版）を用いて、身体症状・気持ちのつらさの頻度を明らかにすることである。実施可能性を検討するとともに、評価方法の実施手順書を作成した

**B. 研究方法**

1. 1施設での検討

平成21年6月から平成22年3月までの期間に、聖隷三方原病院において外来化学療法を新規に開始された全てのがん患者を連続的に対象とし、自己記入式質問票を記入するよう依頼した。同期間に記入された質問票を回収し、後ろ向きに解析を行った。

疼痛・しびれ・眠気・倦怠感・呼吸困難・食欲・嘔気各身体症状の強さは、MDASI-Jに基づいた0-10のスケールで評価を行い、4-6を中等度、7-10を重度とした。嘔吐・口腔内症状はCTCAEv3.0に基づいた0-3の4段階スケールで評価を行い、2を中等度、3を重度とした。気持ちのつらさはつらさの寒暖計で評価を行い、5以上を「つらさあり」とした。

2. 複数施設での実施可能性の検討

手順書を作成し、複数施設での実施が可能なフォーカスグループで検討する

**(倫理面への配慮)**

本研究は、通常診療の一環として収集された質問票の解析であり、本研究は参加者の匿名性に配慮して行われた。また、参加に関しては参加者の自由意思に基づいて行われた。また、発表に関して聖隷三方原病院の倫理委員会による承認を受けている。

**C. 研究結果**

1. 1施設での検討

中等度以上の頻度が高い症状としては、疼痛（17.4%）、倦怠感（15.5%）であった。気持ちのつらさが「あり」と判断されたのは15.6%であった。その他の症状の頻度は、しびれ 8.9%、眠気 9.2%、呼吸困難 7.2%、食欲 9.0%、嘔気 3.7%、嘔吐 1.4%、口腔内症状 4.6%、であった。

疼痛は若年者、男性、消化器がんで有意に多く、呼吸困難は肺がんで有意に多かった。また、しびれは消化器がん・乳がんで有意に多かった。

2. 複数施設での実施可能性の検討

手順書を作成し、複数施設での実施可能性を検討した。外来で看護師配置が十分でない施設が多いため、実施にあたって問題点や課題を来年度抽出する

**D. 考察**

外来化学療法患者の頻度の高い症状は、

疼痛・倦怠感・気持ちのつらさであった。この3つの症状は同様の患者群を対象とした先行研究においても頻度が高いと報告されており、外来化学療法患者を担当する医療チームはこの3つの症状に対する評価と対応を行っていくことが特に重要な役割であると考えられる。

多施設での実施可能性については、外来での看護師配置が実施可能性を決定すると考えられる。

#### E. 結論

外来化学療法患者が抱える主要な症状は疼痛・倦怠感・気持ちのつらさである。複数施設での実施可能性を検討し、手順や課題を明確にする

#### F. 健康危険情報

特記すべき情報は得られなかった

#### G. 研究発表

論文発表

12. Yoshida S, Morita T, Miyashita M, et al. Experience with prognostic disclosure of families of Japanese patients with cancer. *J Pain Symptom Manage* 41(3): 594-603, 2011.
13. Ando M, Morita T, et al. Development of a Japanese benefit finding scale (JBFS) for patients with cancer. *Am J Hosp Palliat Care* 28(3): 171-175, 2011.
14. Ando M, Morita T, et al. A qualitative study of mindfulness-based meditation therapy in Japanese cancer patients. *Support Care Cancer* 19(7): 929-933, 2011.
15. Matsuo N, Morita T, et al. Efficacy and undesirable effects of corticosteroid therapy experienced by palliative care specialists in Japan: A nationwide survey. *J Palliat Med* 14(7): 840-845, 2011.
16. Hirai K, Matoba M, Miyashita M, Morita T, et al. Public awareness, knowledge of availability, and readiness for cancer palliative care services: A population-based survey across four regions in Japan. *J Palliat Med* 14(8): 918-922, 2011.
17. Otani H, Morita T, et al. Burden on oncologists when communicating the discontinuation of anticancer treatment. *Jpn J Clin Oncol* 41(8): 999-1006, 2011.
18. Ando M, Morita T, Miyashita M, et al. Factors that influence the efficacy of bereavement life review therapy for spiritual well-being: a qualitative analysis. *Support Care Cancer* 19(2): 309-314, 2011.
19. Morita T. Nutrition and hydration in palliative care: Japanese perspectives. *Diet and Nutrition in Palliative Care*. Edited by Victor R. Preedy, CRC, 105-119, 2011.
20. Kizawa Y, Morita T, et al. Development of a nationwide consensus syllabus of palliative medicine for undergraduate medical education in Japan: a modified Delphi method. *Palliat Med*. 2011 Sep 15. [Epub ahead of print]
21. Akiyama M, Morita T, Miyashita M, Matoba M, et al. Knowledge, beliefs, and concerns about opioids, palliative care, and homecare of advanced cancer patients: a nationwide survey in Japan. *Support Care Cancer*. 2011 Jun 10. [Epub ahead of print]
22. Yamaguchi T, Morita T, et al. Longitudinal follow-up study using the distress and impact thermometer in an outpatient chemotherapy setting. *J Pain Symptom Manage*. 2011 Jun 10. [Epub ahead of print]
23. Igarashi A, Miyashita M, Morita T, et al. A scale for measuring feelings of support and security regarding cancer care in a region of Japan: A potential new endpoint of cancer care. *J Pain Symptom Manage*. 2011 Sep 23. [Epub ahead of print]
24. Komura K, Kato M, Morita T, et al.



- Patient-perceived usefulness and practical obstacles of patient-held records for cancer patients in Japan: OPTIM study. Palliat Med. 2011 Dec 16. [Epub ahead of print]
25. 森田達也. 経験したことを伝えていこう 研究論文の書き方 第4回「結果・考察」を書く. 緩和ケア 21(1): 55-60, 2011.
  26. 井村千鶴, 森田達也, 他. がん患者に対する介護保険手続きの迅速化の効果. 緩和ケア 21(1):102-107, 2011.
  27. 森田達也. せん妄. 支持・緩和薬物療法マスター がん治療の副作用対策. 江口研二, 他(編), メジカルビュー社, 146-148, 2011.
  28. 厨芽衣子, 森田達也, 他. 論文を読み、理解する—Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer— 緩和ケア 21(2): 170-178, 2011.
  29. 赤澤輝和, 森田達也, 他. 緩和ケアの啓発用冊子を病院内のどこに置いたらよいか? 緩和ケア 21(2): 221-225, 2011.
  30. 森田達也. 緩和ケア普及のための地域プロジェクト (OPTIM-study) の経過と今後の課題. ホスピス緩和ケア白書 2011, (財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団「ホスピス緩和ケア白書」編集委員会(編), (財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団, 24-41, 2011.
  31. 杉浦宗敏, 宮下光令, 森田達也, 的場元弘, 他. がん診療連携拠点病院における緩和ケア提供に関する薬剤業務等の全国調査. 日本緩和医療薬学雑誌 4(1): 23-30, 2011.
  32. 森田達也. 泌尿器系難治症状の緩和 がん性疼痛ガイドラインのエッセンス 緩和医療学会がん疼痛ガイドラインのエッセンス. 日本泌尿器科学会雑誌 102(2): 205, 2011.
  33. 森田達也. 緩和ケア普及のための地域プロジェクト—浜松地域のあゆみと今後の課題—. 大阪保険医雑誌 39(533): 10-17, 2011.
  34. 井村千鶴, 森田達也, 他. 病院と地域とで行う連携ノウハウ共有会とデスカンファレンスの参加者の体験. 緩和ケア 21(3): 335-342, 2011.
  35. 森田達也, 他. 特集 がん疼痛治療の最新情報 早期緩和ケア導入によるがん治療の影響と効果. Progress in Medicine 31(5): 1189-1193, 2011.
  36. 高田知季, 森田達也, 他. 基幹病院における緩和医療. 麻酔科医出身のペインクリニシャンが関わる緩和医療. ペインクリニック 32(6): 845-856, 2011.
  37. 清原恵美, 森田達也, 他. 地域における緩和ケア病棟の役割—緩和ケア病棟における地域の看護師を対象とした研修の評価—. 死の臨床 34(1): 110-115, 2011.
  38. 森田達也, 他. 〈秘伝〉臨床が変わる緩和ケアのちょっとしたコツ. 青海社, 2011.
  39. 森田達也, 他. 臨床現場が必要とする緩和ケアを提供するために院内外“ゆるやかなネットワーク”づくりに力を注ぐ. Watches 5: 7-9, 2011.
  40. 日本緩和医療学会 緩和医療ガイドライン作成委員会(編集). がん患者の消化器症状の緩和に関するガイドライン 2011年版. 金原出版, 2011.
  41. 日本緩和医療学会 緩和医療ガイドライン作成委員会(編集). がん患者の呼吸器症状の緩和に関するガイドライン 2011年版. 金原出版, 2011.
  42. 山岸暁美, 森田達也, 他. 在宅緩和ケアに関する望ましいリソースデータベースとは何か?—多地域多職種を対象とした質的研究. 緩和ケア 21(4): 443-448, 2011.
  43. 小田切拓也, 森田達也. III. ケアの実際 Q24. 予後予測. 特集 やさしく学べる 最新緩和医療 Q&A. 江口研二, 他(編集). がん治療レクチャー 2(3): 589-593, 2011.
  44. 森田達也, 他. 第II部 がん疼痛ガイドラインについてのわたしの本音 1. がん疼痛ガイドラインを現場ではこう実践しています【医師編】. 解説 がん疼痛ガイドライン—現場で生きるわたしの工夫—. 緩和ケア 21(8月増刊号): 154-174, 2011.
  45. 森田達也. ガイドラインを読むために知っておきたい臨床疫学の知識 2. 緩和ケア領域の臨床研究の読み方. 解説

- がん疼痛ガイドラインー現場で生きるわたしの工夫ー。緩和ケア 21 (8 月増刊号) : 191-192, 2011.
46. 森田達也. 臨床をしながらできる国際水準の研究のまとめ方ーがん緩和ケアではこうするー. 青海社, 2011.
  47. 末田千恵, 森田達也, 他. どのような緩和ケアセミナーが求められているか : 4,188 名が評価した緩和ケアセミナーの有用性に影響する要因. ペインクリニック 32(8) : 1215-1222, 2011.
  48. 村上敏史, 的場元弘, 森田達也, 他. がん疼痛ガイドラインの分かりやすい解説と枚ルール オピオイドの導入の仕方 オピオイドを投与する時に何をどう選ぶか?. 緩和ケア 21(8 月増刊) : 25-35, 2011.
  49. 森田達也, 他. 多施設との医療連携の現状 : 緩和ケア普及のための地域プロジェクト (OPTIM-study) 浜松地域のあゆみと今後の課題. 最新精神医学 16(5) : 563-572, 2011.
  50. 井村千鶴, 森田達也, 他. 在宅死亡したがん患者の遺族による退院前カンファレンス・退院前訪問の評価. 緩和ケア 21(5) : 533-541, 2011.
  51. 鈴木留美, 森田達也, 他. 「生活のしやすさ質問票 第3版」を用いた外来化学療法患者の症状頻度・ニードおよび専門サービス相談希望の調査. 緩和ケア 21(5) : 542-548, 2011.
  52. 小田切拓也, 森田達也, 他. 原因不明の神経症状と疼痛で緩和ケアチームに紹介された患者の疼痛の原因と転帰. ペインクリニック 32(9) : 1423-1426, 2011.
  53. 鄭陽, 森田達也, 他. 難治性の膀胱症状に対して上下腹神経叢ブロックが有効であった一症例. 日本ペインクリニック学会誌 18(4) : 404, 2011.
  54. 川口知香, 森田達也, 他. 呼吸器内科病棟における肺癌患者の呼吸困難に対するケアの現状. 日本癌治療学会誌 46(2) : 890, 2011.
  55. 天野功二, 森田達也. B 実践編 2. 身体症状マネジメントをめぐる問題. 精神腫瘍学. 内富庸介, 他(編), 医学書院, 65-88, 2011.
  56. 森田達也, 他. エビデンスで解決! 緩和医療ケースファイル. 南江堂, 2011.
  57. 森田達也. 緩和ケアの地域関連 OPTIM プロジェクト浜松 地域リソースの「オプティマイズ=最大活用」と網目のようなネットワークが緩和ケア普及の鍵. Medical Partnering 56: 1-5, 2011.
  58. 森田達也. 地域連携のさまざまなスタイルを発見 医師の「地域連携力」を鍛える. Doctor's Career Monthly 31: 21, 2011.
  59. 天野功二, 森田達也. 第II章 消化器癌化学療法の実践. 消化器癌化学療法施行時の栄養管理と消化器癌患者に対する緩和医療. 消化器癌患者に対する緩和医療. 消化器癌化学療法. 改訂3版. 大村健二, 他(編), 南山堂, 360-375, 2011.
  60. 古村和恵, 宮下光令, 的場元弘, 森田達也, 他. 進行がん患者と遺族のがん治療と緩和ケアに対する要望ー821 名の自由記述からの示唆. Palliat Care Res 6(2) : 237-245, 2011.
  61. 森田達也. グッドデス概念って何?. 緩和ケア 21(6) : 632-635, 2011.
  62. 小野宏志, 森田達也, 他. 地域の多職種で作成した調査票を用いた在宅死亡がん患者の遺族による多機関多職種の評価. 緩和ケア 21(6) : 655-663, 2011.
  63. 山岸暁美, 森田達也, 加藤雅志, 他. 地域のがん緩和ケアの課題と解決策の抽出ーOPTIM-Studyによる複数地域・多職種による評価ー. 癌と化学療法 38(11) : 1889-1895, 2011.
- 学会発表
1. 森田達也. フロンティア企画 4「泌尿器系難治症状の緩和」4-1 がん性疼痛ガイドラインのエッセンス : 緩和医療学会がん疼痛ガイドラインのエッセンス. 第99回日本泌尿器科学会総会. 2011.4, 名古屋
  2. 森田達也. 在宅緩和ケアセミナーin名古屋 2011 在宅における緩和ケアのエッセンス. 身体症状緩和. 第22回日本在宅医療学会学術集会. 2011.6, 名古屋
  3. 川口知香, 森田達也, 他. 死亡 60 日以前より緩和ケアチームが介入した症例の検討ー早期介入によって何がもたらされるかー. 第16回日本緩和医療学会学術大

- 会. 2011.7, 札幌
4. 宮下光令, 森田達也, 他. 緩和ケア病棟の遺族の「医療用麻薬」「緩和ケア」「緩和ケア病棟」に対する認識の関連要因: J-HOPE study. 第16回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7, 札幌
  5. 宮下光令, 森田達也, 他. J-HOPE studyにおける遺族による緩和ケアの質評価とそれに関連する施設要因. 第16回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7, 札幌
  6. 山本亮, 森田達也, 他. 「看取りのパンフレット」を用いた家族への介入の遺族から見た評価: OPTIM-study. 第16回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7, 札幌
  7. 大谷弘行, 森田達也, 他. 「看取りのパンフレット」を用いた終末期せん妄のケアに対する遺族評価: OPTIM-study. 第16回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7, 札幌
  8. 新城拓也, 森田達也, 宮下光令, 他. 主治医による死亡確認や臨終の立ち会いが、家族の心理に及ぼす影響についての調査研究. 第16回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7, 札幌
  9. 佐藤一樹, 宮下光令, 森田達也, 他. 緩和ケア病棟で提供された終末期鎮静の関連要因と遺族による緩和ケアの質評価への影響. 第16回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7, 札幌
  10. 山口崇, 森田達也, 他. 外来化学療法患者におけるつらさと支障の寒暖計の系時的变化と精神症状スクリーニングツールとしての有用性の検討. 第16回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7, 札幌
  11. 小田切拓也, 森田達也, 他. ホスピス病棟における、撓骨動脈拍動の定量的評価の信頼性と、収縮期血圧に対する妥当性. 第16回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7, 札幌
  12. 永江浩史, 森田達也, 他. 終末期前立腺がん患者の在宅療養維持率の検討. 第16回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7, 札幌
  13. 宮下光令, 森田達也, 他. 緩和ケア病棟の遺族による質の評価は死亡後の経過期間の影響を受けるか? J-HOPE study. 第16回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7, 札幌
  14. 市原香織, 宮下光令, 森田達也, 他. 緩和ケア病棟看護師による Liverpool Care Pathway 日本語版の有用性評価: 緩和ケア病棟2施設におけるパイロットスタディからの検討. 第16回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7, 札幌
  15. 森田達也, 他. どのような緩和ケアセミナーが求められているか: 4188名が評価した緩和ケアセミナーの有用性に影響する要因: OPTIM-study. 第16回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7, 札幌
  16. 鄭陽, 森田達也, 他. 患者・遺族調査の結果をもとにした緩和ケアセミナーの有用性: OPTIM 浜松. 第16回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7, 札幌
  17. 藤本亘史, 森田達也, 他. 早期からの緩和ケアは実現されている: OPTIM 浜松3年間の経験. 第16回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7, 札幌
  18. 井村千鶴, 森田達也, 他. 退院前カンファレンス・退院前訪問の遺族から見た評価: OPTIM 浜松. 第16回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7, 札幌
  19. 井村千鶴, 森田達也, 他. 浜松市におけるがん患者の自宅死亡率の推移: OPTIM 浜松. 第16回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7, 札幌
  20. 井村千鶴, 森田達也, 他. 地域で行う困難事例カンファレンスの評価: OPTIM 浜松. 第16回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7, 札幌
  21. 前堀直美, 森田達也, 他. 遺族から見た保険薬局の評価: OPTIM 浜松. 第16回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7, 札幌
  22. 佐藤泉, 森田達也, 他. 在宅特化型診療所と連携する訪問看護ステーションの遺族評価 OPTIM 浜松. 第16回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7, 札幌
  23. 小野宏志, 森田達也, 他. 地域の多職種で作成した「今、遺族に聞きたいこと」からみた在宅ホスピスの評価: OPTIM 浜松. 第16回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7, 札幌
  24. 山内敏宏, 森田達也, 他. 地域におけるホスピスの役割: ホスピスの利用を考える会の評価: OPTIM 浜松. 第16回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7, 札幌

25. 古村和恵, 的場元弘, 森田達也, 他. 市民公開講座を受講した前後の緩和ケアに対するイメージの変化: OPTIM study. 第16回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7, 札幌
26. 福本和彦, 森田達也, 他. がん患者リハビリテーションにおける適切な目標設定への試み. 第16回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7, 札幌
27. 森田達也. JSCO University2. Palliative Care. Recent research about palliative care in Japan. 第49回日本癌治療学会学術集会. 2011.10, 名古屋

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得  
なし
2. 実用新案登録  
なし
3. その他  
特記すべきことなし